

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

913

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR
Claudine, Noëlle, Anic BOURY-HEYLER
née le 6 août 1932 à Viroflay (Seine et Oise)
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES INDICATIONS CHIRURGICALES DU FIBROMYOME UTERIN

Etude statistique et indications thérapeutiques
à l'occasion de 670 cas opérés de 1949 à 1961
à la Clinique Obstétricale du Centre Médico-Chirurgical FOCH-SURESNES

Président : Mr R. MERGER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Claudine, Noëlle, Anic BOURY-HEYLER

née le 6 août 1932 à Viroflay (Seine et Oise)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES INDICATIONS CHIRURGICALES DU FIBROMYOME UTERIN

Etude statistique et indications thérapeutiques

à l'occasion de 670 cas opérés de 1949 à 1961

à la Clinique Obstétricale du Centre Médico-Chirurgical FOCH-SURESNES

Président : Mr R. MERGER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Beaujon	LEGER (L.)
Cochin	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint-Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
Tenon	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
Boucicaut	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Broussais	BROUET (G.)
Cochin	BARIÉTY (M.)
Cochin	SÈZE (S. de)
Hôtel-Dieu	DREYFUS (G.)
Lariboisière	KOURILSKY (R.)
Pitié	DEBRAY (C.)
Saint-Antoine	GENNES (L. de)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Cliniques obstétricales	VARANGOT (J.)
Baudelocque	RENARD (G.)
Foch (Suresnes)	AUBRY (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LELONG (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MARIE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	COSTE (F.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	DECHAUME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	PADOVANI (P.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DOMART (A.)
Clinique toxicologique	POILLEUX (F.)
Clinique traumatologique	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale	TURPIN (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (G.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) GOUYCOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BADIEU Et. m. conf.	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) GHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{lle} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)		
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) DOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	GERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARGE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

Je leur dois tout.

A mon mari

A mes enfants

Cette thèse leur est particulièrement dédiée

A ma famille.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0066

A Monsieur le Professeur MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Gynécologue Accoucheur du Centre Hospitalier Foch-Suresnes.

Un long séjour dans son service nous a permis de profiter pleinement de son remarquable enseignement plein de nuances et d'efficacité.

Il nous a inspiré ce sujet et nous fit le grand honneur de présider notre thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de la Clinique Gynécologique de la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Brocca
Membre de l'Académie de Médecine et de Chirurgie.

Nous lui devons notre formation chirurgicale
et gynécologique.

Nous avons eu la chance de commencer et de
finir notre internat sous sa haute bienveil-
lance.

Nous sommes heureuse de pouvoir lui témoigner ici
notre très profond et respectueux attachement.

A nos Maîtres en Obstétrique :

Monsieur. le Professeur Agrégé ROBEY

Il nous a toujours aidé de ses conseils.

Qu'il veuille bien accepter le témoignage de
notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé THOYER-RHOFAT

Nous lui devons notre orientation obstétricale.
Il nous donna le goût de la précision, de la
rigueur dans le geste et la pensée.

A Monsieur le Professeur Agrégé SENEZE

A Monsieur le Docteur GIRAUD

en les remerciant des conseils amicaux
qu'ils voulurent bien nous prodiguer.

A Monsieur le Professeur agrégé J. LEVY

Sa bienveillance est légendaire.

L'enseignement quotidien qu'il nous prodigua
est riche d'une expérience communicative.

A Nos Maîtres en Chirurgie :

A Monsieur le Professeur HUGUIER

Qu'il trouve ici un témoignage de la fierté
que nous éprouvons à faire partie de ses
élèves.

A Monsieur le Docteur R. BERNARD

Avec notre respectueuse gratitude pour
l'expérience chirurgicale qu'il nous
permis d'acquérir dans son service.

A Monsieur le Professeur L. LÉGER

Nous lui devons beaucoup. Sa bienveillance
ne s'est jamais démentie à notre égard.

Avec notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé FAUREL
Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance

A Monsieur le Professeur Agrégé ROBERT

Son enseignement rigoureux, sa maîtrise chirurgicale resteront toujours présents dans notre mémoire.

Son attitude fut celle d'un ami autant que d'un Maître.

Qu'il nous soit permis de l'en remercier encore.

A Monsieur le Professeur Agrégé CERBONNET

Il sut toujours avec esprit nous donner des conseils autorisés.

Au Docteur CHARLEUX

Avec toute notre sincère amitié.

A nos Maîtres en Médecine,

A Monsieur le Professeur Agrégé M. PERRAULT
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Nous lui portons un profond et respectueux
attachement.

A Monsieur le Professeur MICHAUX

A Messieurs les Docteurs : SCALI

DEFOS

MELCHIOR

dont nous avons su apprécier les amicaux
conseils.

I N T R O D U C T I O N

Dans le cadre de la pathologie gynécologique, le fibromyome représente près d'un tiers des affections utérines .

Sans nous étendre sur les difficultés possibles du diagnostic , nous nous attacherons à un élément du traitement : les indications chirurgicale du FIBROME.

En l'absence de toute certitude pathogénique, les méthodes offertes ne sont souvent choisies qu'en fonction des conjonctures cliniques et générales et parfois de tendance personnelle.

Chirurgie médicale, chirurgie plus ou moins conservatrice, traitement médical, voire abstention simple avec surveillance, s'offrent au choix du thérapeute.

Le traitement chirurgical quelles que soient ses modalités, en dépit de l'opinion de certains, ne doit être conseillé que sur des indications précises. Il faut lutter contre l'aphorisme encore trop répandu : Myome = chirurgie.

Nombre de fibromes sont parfaitement tolérés. "L'indication du traitement est fourni non par la seule présence du fibrome, mais par les symptômes et les complications" (FORGUES)

Cette discussion nous a semblé intéressante et nous a amené à reprendre les 670 cas de fibromes traités chirurgicalement dans le service de notre Maître le Professeur MERGER - Centre médico-chirurgical de Foch-Suresnes de 1949 à 1961. Notre travail s'est attaché à ces seuls cas et nous n'avons pas relevé les multiples myomes vus à la consultation et n'ayant donné lieu qu'à un traitement médical ou à une simple abstention.

Le but de cette étude est triple :

- 1 - Rapporter les résultats de cette série de 670 cas
- 2 - Préciser les éléments constituant une ou des indications au traitement chirurgical.
- 3 - Etablir le mode de ce traitement, l'hystérectomie et a fortiori l'hystérectomie avec castration étant loin de constituer l'unique traitement chirurgical.

PREMIERE PARTIE

ETUDE STATISTIQUES

ETIOLOGIE

AGE "Tableau"

Le fibrome se rencontre donc surtout entre 40 et 50 ans, mais il n'est pas exceptionnel chez la femme plus jeune. Ce "rajeunissement des fibromes" (FUNCK BRENTANO) est une réalité indiscutable, point capital à souligner en ce qui concerne le traitement.

Chez la jeune fille et la femme très jeune il est rare mais possible.

Notre malade la plus jeune avait 19 ans, mais la nature bénigne de cette tumeur interne prêta à discussion. La crainte de sarcome doit être grande à cet âge.

On ne rencontre jamais de fibrome avant la puberté.

Passé 50 ans, le fibrome est plus rare et l'étude de la ménopause est indispensable

- 421 femmes sur 524 cas soit 80% étaient loin de la ménopause soulignant la corrélation entre fonctionnement hormonal et fibrome.

- 57 fois soit 11% il s'agissait de femmes à la ménopause ou en phase préménopausique. L'âge auquel survient cette ménopause est souvent tardif comme le note DUCUNG
- 46 femmes soit 8,8% étaient ménopausées depuis 1 à 11 ans (3 de ces ménopauses étaient post-radiothérapique après traitement du fibrome)

ETUDE COMPARATIVE DES STATISTIQUES

40 à 50 ans apparaît "l'âge d'élection" dans toutes les statistiques :

- 55,7% DUCUNG
- 56,4% De LABORDE
- 59% HUGUIER et CERBONNET

TERRAIN

Dans l'étude du "terrain fibromateux" mais sans vouloir entrer dans des considérations pathogéniques détaillées nous relevons ;

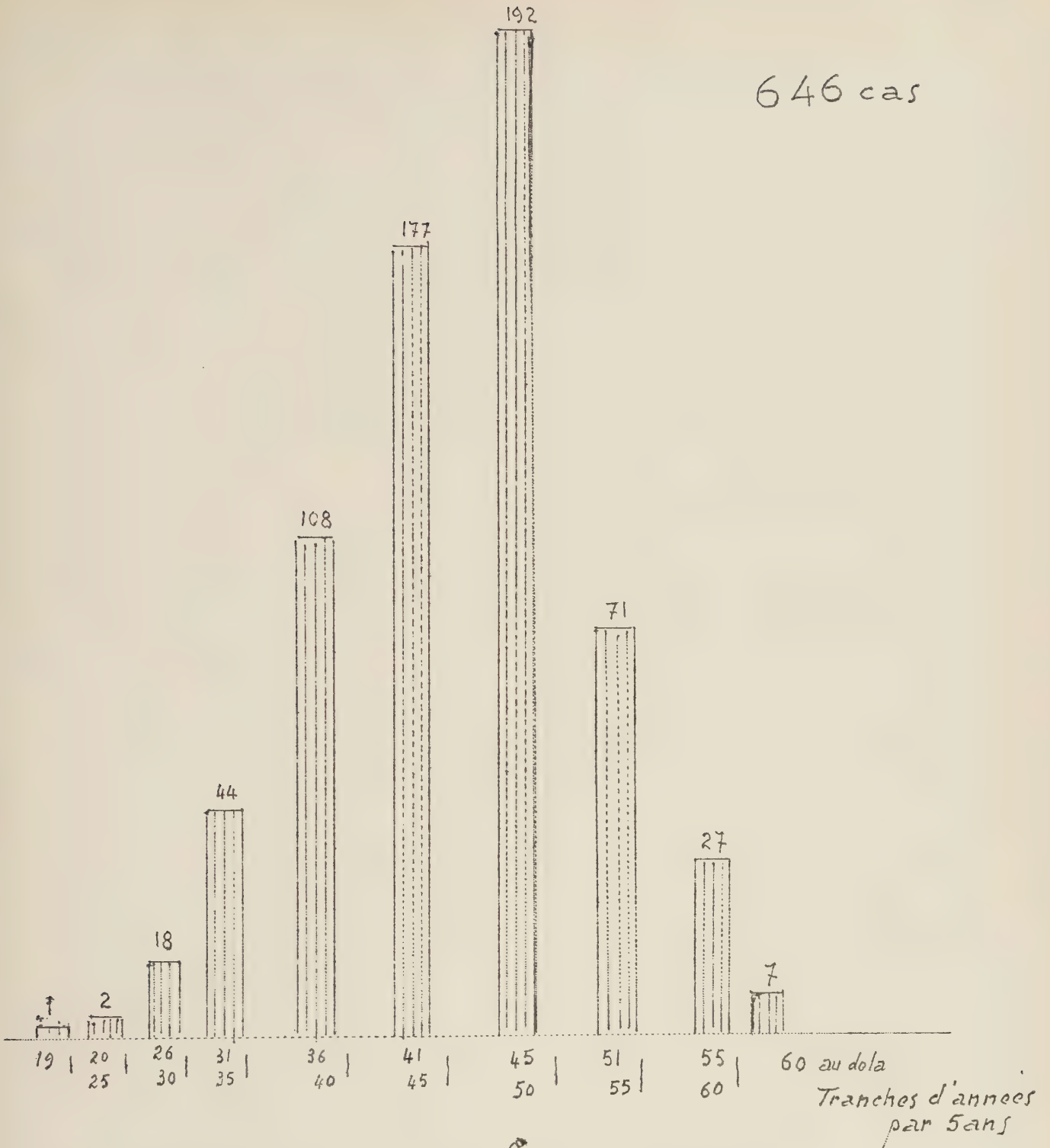
- 11 obèses
- 5 hypertendues (dont 2 diabétiques)
- 2 femmes opérées de dystrophie mammaire
- 1 cancer du sein.
- enfin 2 de ces malades avaient 1 maladie de Basedow illustration du syndrome hormonal, goître fibrome (M. PERRAULT , VIGALOU, CASTILLON)

La proportion de ces cas peut paraître faible, mais on ne saurait les utiliser comme argument statistique la plupart des dossiers anciens ne faisant pas état de ces renseignements.

DUCUNG dans sa statistique portant sur 1300 cas retrouve :

- 3,2% de goître avec 1% Basedow
- 7,5% de dystrophie mammaire.

646 cas



de 30 à 40 ans : 152 femmes soit 23,5 %

de 40 à 50 ans : 369 femmes soit 57 %

passés 50 ans : 105 cas soit 16 %

AGE -

Enfin rappelons que l'étude du terrain permet pour SEGUY de distinguer 2 types de fibromes :

- l'une expression locale d'une maladie générale, l'hyperfolliculisme avec un fibrome de volume modéré, peu ou pas hémorragique survenant volontiers chez des obèses, hypertensives, relevant avant tout d'un traitement hormonal.
- l'autre fibrome maladie locale se voyant chez des femmes plus jeunes, de volume important entraînant des hémorragies marquées, relevant d'un traitement chirurgical.

PARITE

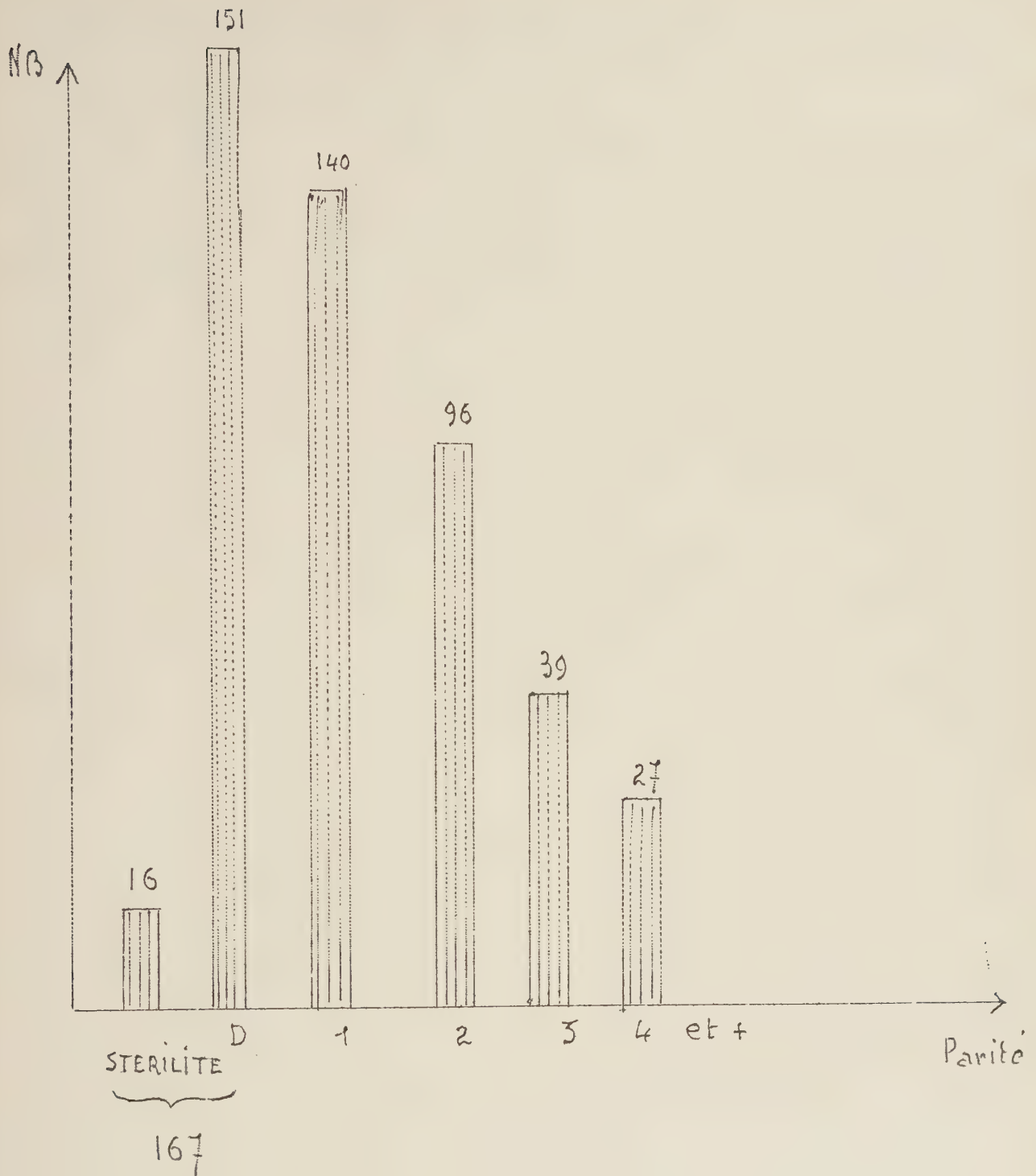
(tableau)

Les fibromateuses sont classiquement stériles. PINARD dans sa thèse avait même soutenu le rôle de cette stérilité dans la genèse du fibrome.

Nous constatons dans notre série que plus de la moitié des femmes avaient eu 1 ou plusieurs enfants mais qu'il s'agissait rarement de grandes multipares.

- 167 femmes soit près de 40% étaient multipares, mais
- 10% environ avaient fait des avortements spontanés ou non.
- la stérilité involontaire imputable à la femme ne fut relevée que 16 fois (dont 8 fois expliquées par l'état des annexes).

En conclusion, si l'on ne peut retenir comme élément déterminant du myome la multiparité, son corollaire la stérilité involontaire ou non, il n'en semble pas moins vrai qu'il se rencontre chez des femmes ayant eu un nombre restreint de grossesse.



PARITE : 469 cas

COMPARAISON AVEC LES RESULTATS DES AUTRES AUTEURS

Les chiffres des auteurs allemands ALERETCH, RESS et ceux de DUCUING confirment cette notion :

72 à 30% de parité dont 42% de multipares avec une moyenne de 2 enfants.

Quoiqu'il en soit la stérilité chez une fibromateuse pour rare qu'elle soit, pose des problèmes thérapeutiques particulièrement intéressant.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

NOMBRE :

Connus d'une manière assez approximative car non toujours précisés dans les protocoles opératoires en dehors des myomectomies, ils apparaissent isolés dans 35% des cas.

DUCUING rapporte 12,7% de fibrome solitaire.

SIÈGE :

(528 cas identifiés)

- Col : localisation exceptionnelle.

1 cas enlevé par voie basse sur 670, soit 0,01%

(DURING 0,5M - TADENAT 0,5%)

- Le corps fond et faces en est le siège habituel.

Insistons sur la topographie postérieure.

Là développement du fibrome sur la face postérieure peut entraîner le corps utérin en une rétro-version fixe et souvent douloureuse.

Ailleurs seule le fibrome ira s'enclaver dans le Douglas, se développant dans la concavité sacrée.

Nous relevons: 20 cas soit 4% (7,5%)

- Au niveau de l'isthme le fibrome peut être antérieur refoulant la vessie, postérieur ou latéral inclus dans le ligament large. Leur développement est plus ou moins rapide. Ils peuvent demeurer pelviens, devenir abdominaux. Ils menacent toujours l'uretère mais surtout dans les localisations basses (Huguier).

Cette localisation latérale, cause de difficultés opératoires a été relevée 29 fois soit 5,5 % mais dans ce pourcentage entrent les myomes bas situés latéraux même sus-ligamentaires ? (3,3 % Huguier).

- Le polype fibreux intra-cavitaire apparaît comme fréquent : 67 cas sur 528 soit 12,7 %.

Habituellement révélés par des hémorragies importantes, fréquemment infectés ils s'accompagnent le plus souvent d'un utérus de volume modéré.

L'hystérogaphie en l'absence d'infection importante montre l'image lacunaire caractéristique et en précise le siège.

Très rarement 2 fois - 3 %. Le polype est accouché en battant de cloche par le col, une fois il était gangréné.

VOLUME

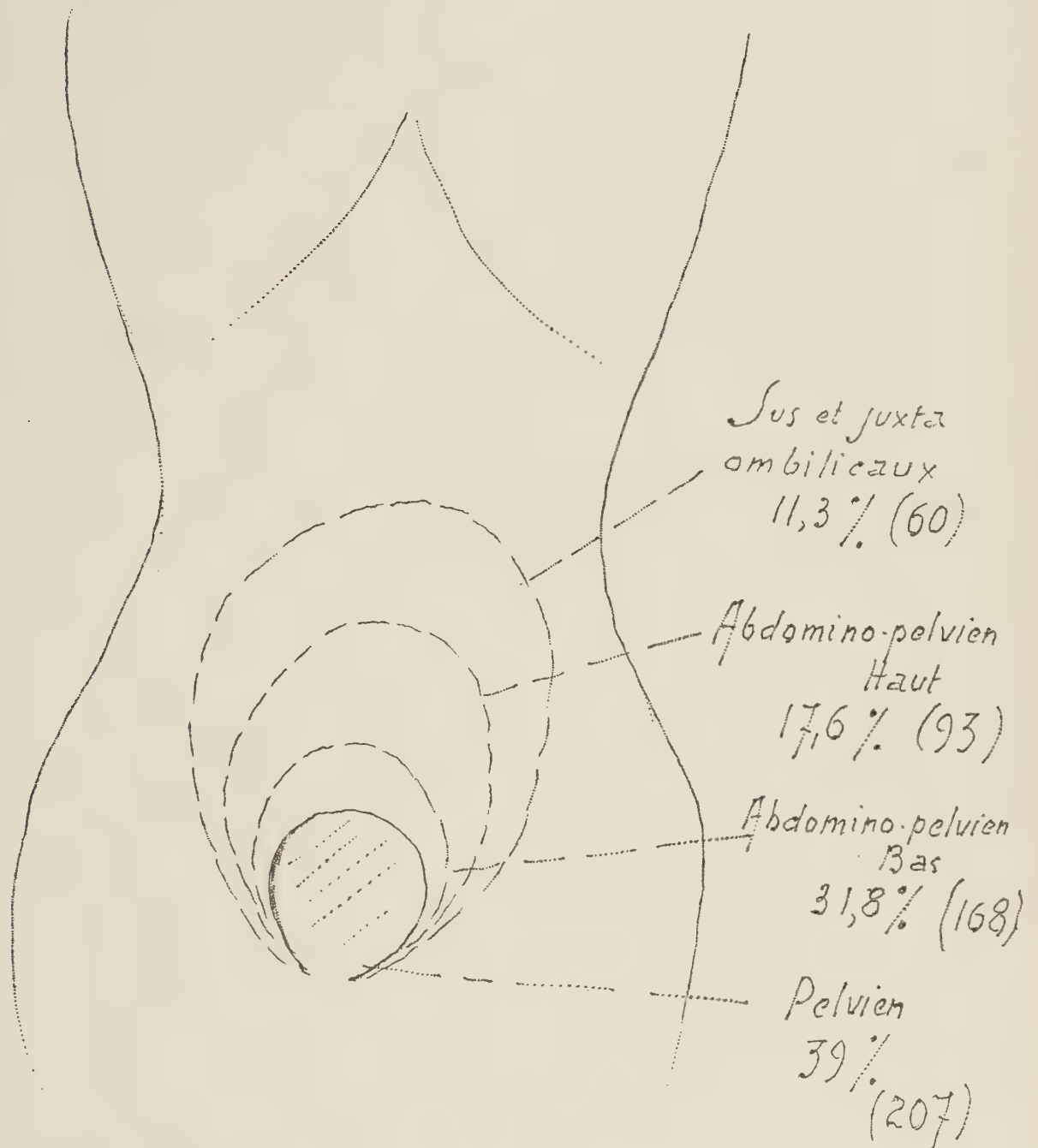
La règle étant générale, nous avons apprécié le volume du fibrome en fonction de son siège :

pelvien

abdominal,

ombilical,

encore que certains très gros myomes restent pelviens (en particulier chez la femme enceinte) expliquant aussi l'important pourcentage : 39 % des fibromes pelviens.



528 cas

Les myomes très volumineux à l'ombilic sont d'une fréquence supérieure dans la statistique de DUCUING

34%

15% dans celle de HUGUIER

Ces myomes sont rarement hémorragiques ce qui s'est vérifié dans l'étude de nos cas. Leur seul volume amène souvent la malade à consulter.

COMPLICATIONS (portant sur 528 cas)

I - DEGENERESCENCE BENIGNE

1 - Dégénérescence dure :

Nous relevons 2 cas de fibromes calcifiés sur 560, soit 0,05% complications considérée comme très rare 1%.

2 - Dégénérescence oedémateuse:

4 cas sur 500 soit 0,8%

- se voit surtout dans les fibromes sous-séreux - 72% des cas (PIQUAND) responsable de brutale augmentation de volume.

3 - Nécrobiose aspetique :

avant tout complication de la grossesse (75% des cas BRINDEAU)
rare dans sa forme aiguë nous la relevons : 17 fois soit 3,25%
BRINDEAU I à 6%
TIXIER 2,6 %

II - DEGENERESCENCE MALIGNE

La dégénérescence sarcomateuse principal argument contre l'abstention est de fréquence discutée.

Nous relevons 7 dégénérescences sarcomateuses indiscutables histologiquement.

3 "tendances" ou état de "présarcome, soit en tenant compte que des 7 cas cités 1,4%.

L'importance et la gravité mérite que l'on s'y arrête quelque peu
La règle classique fait de la dégénérescence le propre des myomes pédiculés du fond de la femme après la ménopause.

Nous relevons :

- 5 femmes ménopausées
- 4 myomes interstitiels
- 1 polype fibreux.

2 de ces femmes sont décédées (dont une avec métastase pulmonaire,
2 sont bien portantes avec un recul de 3 ans.
2 n'ont pas été revue
1 vient d'être opérée, donc pas de recul.

Parmi les 3 "tendances" illustrant bien la difficulté d'interprétation histologique de ces tumeurs conjonctives (sur laquelle insiste HUGUIER)

1 femme de 37 ans est bien portante après 3 ans (hystérectomie subtotale)
1 femme de 42 ans - bien portante (hystérectomie subtotale il y a 3 ans)
1 femme de 26 ans - bien portante après 8 ans (la myectomie fut suivie d'hystérectomie après les résultats examen histologique).

Comparaison avec les autres auteurs :

Cette fréquence est supérieure à celle de

MASSON 0,7%

LECENE 0,27%

DUCJING 0,27%

BOINNEY 0,3%

Reste le cas d'une jeune fille de 19 ans où l'histologie ne put jamais affirmer la nature bénigne d'une tumeur utérine volumineuse (grossesse de 4 mois) ayant récidivé 6 ans après.

III - FAIT IMPORTANT

Nous n'avons relevé aucune suppuration, aucune gangrène si ce n'est le cas très particulier d'une polypose fibreuse accouchée par le col.

LESIONS ASSOCIEES (528 cas)

I - LESIONS ANNEXIELLES

D'observation courante nous les relevons 68 fois soit 13,6% dont :

- 54 lésions ovariennes soit 9% dont :

. 20 kystes de l'ovaire :

- soit dominant le tableau clinique
- soit découverts lors de l'intervention

. 21 dystrophies ovariennes, lésion presque caractéristique du fibrome entraînant resection ou castration

- 23 lésions tubaires soit 4,6% :

Salpingite catharrale)	
ou chronique)	18 cas

Pyosalpinx	2 cas
------------	-------

Annexite tuberculeuse	2 cas
-----------------------	-------

L'infection tubaire microscopique est certainement plus fréquente expliquant les pourcentages élevés des autres auteurs :

1/3 de cas MOULONGUET

1/4 des cas TIXIER

50% CHARLIER

II - LESIONS DU CORPS UTERIN

1 - Hyperplasie muqueuse :

Nous relevons :

34 cas hyperplasie muqueuse : 6%

3 cas hyperplasie glandulo-kystique : 0,6%

Suivant les conceptions pathogéniques , cette hyperplasie apparaît :

- inexistante 0% NOVACK
- toujours présente 100% WITHERSPOR
- fréquente COTTE 43%
- MOULONGUET 39%
- ERET 40%
- inconstante LUCJING 12%

sur 56 cas.

SEGUY retrouve après biopsie de l'endomètre systématique :

- 4 hyperplasies
- 25 fois muqueuse normale
- 7 fois atrophie mais avec frottis hyperostrogène

Ces résultats peuvent apparaître disparates, mais la notion de récepteur, qui est bien connue, peut être dans un organe donné, dissociée, et l'hyperostrogénémie ne donne pas forcément une hypertrophie dans toutes les tuniques. En fait si cette hyperoestrogénémie semble une condition nécessaire, elle n'est pas vraisemblablement une condition suffisante. Il faut faire intervenir une notion de récepteur avec éléments neuro-végétatifs (COUJARD et CHAMPY) et il n'est pas illogique de penser que dans un organe donné

il y ait dissociation de la réceptivité des différents tissus constitutifs.

L'utérus véritablement dystrophique par véritable hyperoestrogène est le gros utérus hyperplasié dans sa totalité et sans noyaux tumoraux tant dans son corps que dans son col, dans sa musculuse très épaissie que dans sa muqueuse qui est glandulo-kystique, polypoïde voire polypeuse (J. LEVY).

2 - Cancer du corps :

L'association fibrome-cancer du corps est relevé 20 fois par BOUCCARA dans sa thèse 1961 portant sur l'étude des 100 cancers opérés, sur la même période.

Ces cas qui nous sont communs représentent une association de l'ordre de 3% (de 1 à 5% pour les différents auteurs)

On ne saurait assez insister sur la nécessité de toujours éliminer cette association avant de prendre une décision thérapeutique par hystérographie surtout.

III - LESION DU COL

Nous relevons 6 polypes muqueux soit 1% pour DUCUING qui relève 8% des cas cette association n'a rien de spécifique.

Enfin dans 1 cas un cancer du col ne fut pas dépisté avant hystérectomie sub-totale

IV - AUTRES LESIONS

1 - Endométriose

De pathogénie peut être voisine . La fréquence de cette association bien connue est controversée suivant que l'on considère endométriose clinique et diagnostique :

rare : 0,23% DUCUING

endométriose histologique fréquente : 15% (A. GOSSET)

Dans ce dernier cadre nous relevons 13 cas soit 2,1% dont :

10 endométrioses utérines

2 " ovariennes

1 " tubaire

1 cas d'endométriose ovarienne et sigmoïdienne

2 - Rétroversion :

13 cas sur 525 soit 2,5%

qu'il s'agisse d'un myome développé sur utérus rétroversé, ou cause de la rétroversion.

3 - Prolapsus :

6 cas ou fibrome et prolapsus relevaient l'un et l'autre d'un traitement chirurgical , soit 1% (DUCUING 1%)

ETUDE DE LA SYMPTOMATOLOGIE

I - HÉMORRAGIES

Symptôme classique, a été retrouvé 352 fois sur 528 cas soit 67%. Il est loin cependant d'être constant. C'est l'avis de DUCUING a qui le retrouve dans 71% des cas, HUGIER: 50%, TIXIER 46%.

Il s'agissait de ménorragies dans 234 cas soit 44,2% persistant en moyenne de 8 à 10 jours parfois 15.

Plus rarement :

- de métrorragies : 64 cas soit 10,5%
- de ménométrorragies 54 fois soit 10%

Ces hémorragies entraînèrent par leur persistance et leur abondance un état d'anémie marquée 42 fois soit 12% des cas, dont un cas avec syndrome cardio-vasculaires et troubles digestifs ayant égaré le diagnostic vers une affection médicale.

Une hystérectomie d'hémostase fut rendue urgente par un état d'anémie gravissime en dépit d'un curetage et des transfusions. Il s'agissait d'un polype intra-cavitaire (cas clinique décrit par ROBERT in Traité Thérapeutique Chirurgicale).

II - SIGNES DE COMPRESSION

1 - Douleurs :

Plus souvent liées aux lésions associées ou aux complications latentes. Des douleurs pelviennes à type de pesanteur, endolorissement, sont relevés 135 fois sur 528 soit 25%.

Lorsqu'elles étaient très violentes renforcées en crise comme une des observations elles étaient liées à une hématométrie après sténose du col (pose de Radium pour fibrome).

Notons cependant une douleur névralgique sur le trajet du sciatique. ayant disparue après hystérectomie.

2 - Signes urinaires :

a - Signes vésicaux

Pollakiurie, dysurie apparaissent comme fréquentes, parfois très nettes à recrudescence pré-menstruelle: 64 fois soit 12%, chiffre proche de ceux DUCUING et des auteurs allemands 20% mais signes vésicaux prédominants 12%.

Notons :

- 2 rétentions aiguës d'urine (il s'agissait de myome postérieur)
- 1 hématurie (où la cystoscopie ne retrouva aucune lésion vésicale et l'UIV de cause rénale) 1 cas cité par BONNET

b - Compression urétérale :

- elle fut mise une fois en cause devant une azotémie un peu élevée à 0,50 et un myome de siège rénal.
après hystérectomie l'urée redescendait à la normale.
- l'uretère refoulé fut cause de difficultés opératoires 2 fois et 1 fois sectionné au cours d'ablation d'un volumineux fibrome dégénéré développé dans le ligament large.

c - Signes rectaux :

- La constipation est un signe fréquemment signalé par la malade mais son extrême banalité en dehors de tout fibrome lui enlève toute valeur symptomatique.
- Les signes rectaux sont rares, il s'agit d'épreintes de ténesme de gêne à l'évacuation des matières.

Très marquée dans 16 cas , soit 2%.

- Au premier plan du tableau clinique ils entraîneront une rectoscopie une fois. Il s'agissait d'un fibrome de siège postérieur et pelvien.

Ce sont eux qui habituellement donnent des signes de compression et non les fibromes géants paradoxalement bien tolérés.

DEUXIEME PARTIE

- INDICATIONS CHIRURGICALES -

Tableau donnant un relevé par ordre de fréquence des indications chirurgicales de 670 cas (seuls 528 dossiers furent utilisables pour ce tableau).

1 - Formes résistant au traitement médical	44%
2 - Siège : Myome intra-cavitaire 67 siège latéral 29 siège post. 20	22%
3 - Volume : juxta-ombilicaux abdomino pelviens haut	18%
4 - Complications : nécrobiose fibrome douloureux augmentation de volume	10,25%
5 - Incertitude du diagnostic	10%
6 à Indications ordre obstétrical stérilité avortement myome praevia	3%
7 - Citer : lésions associées au premier plan à part si les derniers firent décider l'intervention type anatomique fibrome pédiculé	4,6%

Il faut insister d'emblée sur le fait que le traitement du myome associé à une grossesse ne saurait être étudié que dans un chapitre particulier.

Hormis ce cas, trois éventualités sont à envisager :

- 1 - Parfois l'intervention s'impose sans discussion quelles soient les considérations annexes.
- 2 - Ailleurs l'indication est retardée et ne sera posée que par la survenue d'évènements nouveaux ou l'échec du traitement médical.
- 3 - La question d'âge intervient également.

I - LES INDICATIONS A LA CHIRURGIE D'EMETEE SONT LIEES :

- 1 - au volume
- 2 - au nombre
- 3 - au siège
- 4 - aux complications
- 5 - à l'imprécision du diagnostic
- 6 - à l'âge de la femme

1 - Le volume :

Même en l'absence de tout signe fonctionnel le seul volume , lorsqu'il est important (ombilic, sous-ombilical, abdomino-pelvien haut) est une indication à intervenir. On ne saurait espérer du traitement médical ou de la ménopause la régression de tel fibrome.

2 - Le nombre :

La multiplicité des myomes, en dépit d'un volume parfois modéré rend souhaitable l'intervention.

3 - Siège et type anatomique :

relèvent exclusivement de la chirurgie.

a - Le polype intra-cavitaire :

Cette opinion unanimement admise est confirmée par les derniers travaux des auteurs lyonnais (Mathieu, LABRY, ROUX)

b - Le myome latéral, dont le développement toujours possible dans le ligament large menace l'uretère.

c - le myome postérieur sous séreux avec son risque d'enclavement.

d - Le fibrome pédiculé prompt à se tordre , facile à enlever.

4 - Complications :

a - douleurs:

Qu'il s'agisse de douleurs permanentes ou du réveil d'une douleur lors de l'examen, la règle suivant laquelle tout fibrome douloureux est d'un fibrome compliqué demeure valable.

L'examen anatomo-pathologique retrouve fréquemment :

- des petits foyers de nécrobiose
- des lésions annexielles chroniques

b - Augmentation brutale de volume :

Elle peut être extrêmement rapide. Un cas cité par P. FUNCK-BRENIANO fait écho de ce phénomène.

En un mois le fibrome de pelvien était devenu abdominal du volume d'une grossesse de 4 mois.

Encore qu'à ce propos il faut retenir que ces augmentations brutales et importantes de volume peuvent être le fait d'une grossesse associée . Dans ces conditions, un examen biologique de grossesse est nécessaire. Son omission étant susceptible de créer des complications juridiques désagréables.

D'autre part on a dernièrement (W.T. DIXON, HAMMOND - Am. J. OBST. Gyn. Oct. 61) souligné le rôle des progestatifs de synthèse dans les accroissements brutaux.

c - Signe de compression vésicale, rectale ou nerveuses.

5 - Incertitude du diagnostique :

Peut être de deux ordres :

a - Portant sur la nature même de la tumeur perçue. C'était une indication indiscutable dans l'impossibilité de distinguer le fibrome pédiculé d'un kyste de l'ovaire, d'autant plus :

- que ces fibromes pédiculés prompts à se compliquer doivent être enlevés.

- qu'une tumeur, kyste ou fibrome incluse dans le ligament largement ne sauraient y rester.

Surtout, il serait désastreux de se tenir à l'abstention sur le diagnostic de myome alors qu'il s'agit d'un kyste étant donné la fréquence des complications de ce dernier au premier rang desquelles la dégénérescence. En fait l'indication devient à l'heure actuelle moins formelle.

Disposant de la coelioscopie, le diagnostic précis est plus facile à moindre frais :

Si ce mode d'exploration révèle un kyste on intervient sans désam-
parer, si au contraire, il s'agit d'un myome on peut se ranger par-
fois à l'abstention sans arrière pensée.

b - L'incertitude peut être attachée à la crainte d'une lésion associée en particulier du cancer du corps. Hystérogaphie parfois difficile à lire ; curetage biosique d'ailleurs discutable ,

frottis par aspiration peuvent infidèle. Ne donnent pas toujours les garanties qu'on leur demandent .

Seul l'examen histologique de la pièce anatomique complète donnera la solution de ce problème difficile.

- 6 - "Après ménopause, tout fibrome qui manifeste : saigne, grossit, ou devient douloureux doit être tenu pour suspect et opéré." écrivait déjà FORGUES en 1931.

La , plus qu'ailleurs, la crainte d'un cancer du col ou du corps associé, devra être présente.

Les examens systématiques (Hystéroggraphie, frottis) seront pratiqués avant une intervention qui s'impose.

II - INDICATIONS RETARDEES

- a - L'apparition en cours de traitement médical ou lors d'une simple surveillance, d'un élément quelconque constituant une des indications précitées fera reconsidérer le problème thérapeutique et décider de l'intervention.

- b - Formes résistant au traitement médical :

Lorsque le diagnostic est certain, en l'absence de toute lésion associée, le fibrome hémorragique, de volume modéré survenant près de la ménopause relève du traitement médical. Mais ce traitement doit donner des résultats nets ou au minimum une amélioration franche pour être poursuivi. 250 des malades de notre statistique soit 44,1% (538 dossiers utilisables) avaient reçu un traitement hormonal.

- La durée en avait été variable de 3 mois à 6 ans. Si le traitement est rigoureusement suivi, 3 mois réalise un délai suffisant pour juger de l'efficacité.
- La persistance des hémorragies leur abondance doivent faire intervenir .

Cette indication est fréquente puisque nous la rencontrons 230 fois , soit 44,1 %.

III - L'AGE

- La question d'âge ne joue pas entre 35 et 45 ans. Les indications que venons de donner sont valables à l'état pur.
- Après la ménopause les indications sont précises.
- Les deux questions à débattre sont les indications :
 - 1 au voisinage de la ménopause
 - 2 chez les femmes jeunes, très jeunes voire la jeune fille.

1 - Au voisinage immédiat de la ménopause nous sommes très peu interventionnistes, ce qui tempère ce que nous avons dit précédemment en ce qui concerne le volume et le nombre. En effet la cessation de l'activité ovarienne entraîne un arrêt de l'activité du myome qui aboutira à une stabilisation, ou régression très légère mais non à la disparition quasi-totale du myome.

Néanmoins cette attitude générale ne devra pas être obstinée :

- Certaines hémorragies au moment de la ménopause, irréductibles par les traitements médicaux entraînent des anémies importantes et obligent à l'intervention. Plus qu'en toute circonstance les examens complémentaires se devront de dépister des lésions associées (cancer col ou corps).

- Des données psychologiques ou sociales peuvent amener à modifier cette ligne de conduite.

C'est pourquoi la connaissance exacte des conditions familiales, sociales des malades prend à nos yeux beaucoup d'importance.

Telle femme assurant les charges d'une nombreuse famille ou d'une activité professionnelle importante préférera à juste titre une intervention radicale à un traitement médical aléatoire.

Par ailleurs, il faudra à certaines malades peu coopérantes qui suivront mal un traitement hormonal et ne sauront se soumettre à la discipline d'une libre surveillance , conseiller l'intervention de préférence au traitement médical.

2 - Chez la femme jeune.

paradoxalement nous sommes plus interventionnistes qu'en toute autre circonstance pour plusieurs raisons.

1 - Des myomes même de volume très modéré auront le temps, même un temps extrêmement long, pour s'accroître amenant à des nécessités chirurgicales mutilatrices qu'aurait pu éviter une

2 - intervention plus précoce et conservatrice en cas de troubles hémorragiques il n'est pas sans inconvénient de recourir à un traitement hormonal qui s'annonce très prolongé, sujétion plus grande pour la femme qu'une intervention chirurgicale.

3 - chez ces jeunes femmes intervient la question des gravidités futures.

C'est ce problème que nous allons maintenant aborder : Trois cas sont à envisager.

- a - la femme n'a encore eu aucun enfant
- b - il existe une stérilité vraie
- c - il s'agit d'avortements à répétition

a - Avant toute grossesse :

Il est certains utérus qui manifestement par le nombre et le volume des myomes ne semblent pas devoir tolérer sans inconvénient une future grossesse. La "crise en état" de cet utérus représente donc un geste utile.

Le pourcentage de grossesse apparaît entre 30 et 60% suivant les auteurs (FUNK-BRENTANO et CHALLIER, DAVUDS, OCTTE, MUNNEL LARDANO.)

b - La stérilité :

Hormis les cas évidents où le myome apparaît responsable de la stérilité (myome intra-cavitaire, myomes des cornes utérines) il faut être très prudent dans l'affirmation de la responsabilité du myome en matière de stérilité.

De nombreux facteurs annexes peuvent jouer :

- tubaire
- endométriaux
- ovariens

sans parler des facteurs masculins les associations étant fréquentes.

C'est dire que la décision opératoire ne devra être prise qu'après un bilan absolument complet (hystérographie, courbe thermique, spermiogramme).

c - Chez certaines femme ayant eu 2 ou 3 avortements ou accouchements prématurés, et qui sont porteuses de myomes, se posent la question des bénéfices à tirer d'une intervention. Là encore la prudence doit être extrême, toutes les autres causes peuvent être associées et l'on ne saurait pratiquer une intervention conservatrice parfois suivie de grossesse, qu'après une exploration clinique et biologique complète.

C'est ainsi que nous relevons dans notre statistique :

16 stérilités mais dont 8 avaient des lésions annexielles associées.

2 femmes ayant présenté des avortements à répétition (1'une 2 , 1'autre 5)

1 femme ayant fait un accouchement prématuré à 6 mois et ayant un volumineux utérus poly-fibromateux.

Indications chirurgicales pendant la puerpéralité :

1 - Pendant la grossesse :

L'abstention opératoire est de règle , le fibrome permettant le développement strictement normal de la grossesse, dans la plupart des cas.

Il est cependant trois cas où l'on peut être amené à intervenir
Incertitude du diagnostic

a - Lors de la découverte d'une masse pelvienne en cours de grossesse, masse persistante, parfois douloureuse, dont les caractères cliniques sont évocateurs d'un kyste de l'ovaire.

Ce cas se produisit 8 fois dans notre série.

Ces 8 femmes enceintes furent opérées. On découvrit presque toujours un fibrome pédiculé dont l'ablation fut aisée. Cependant une de ces femmes subit 5 myomectomies.

Sur ces 8 femmes :

- 1 avorta les jours suivants
- 2 furent perdues de vue à leur sortie (dont celle qui eut les 5 myomectomies.
- 5 accouchèrent par voie basse - 2 avec forceps.

b - On peut penser que là encore la coelioscopie permet d'éviter un certain nombre d'interventions.

2 - Accroissement considérable et rapide du volume des myomes :

C'est ainsi que certains utérus à 2 à 3 mois de grossesse vont jusqu'à l'ombilic et au-delà. Il apparaît de toute évidence que la grossesse ne pourra se poursuivre dans ces conditions exceptionnelles. L'ablation des masses myomateuses fait courir moins de risques que l'abstention.

3 - Nécrobiose aseptique :

n'est pas une indication immédiate à l'intervention (BRINDEAU). Elle cède souvent à un traitement médical. Il n'en est pas moins vrai que dans certains cas exceptionnels :

- l'aggravation des douleurs
 - l'atteinte de l'état général
 - l'apparition des signes péritonéaux
- obligent à intervenir.

Contrairement à l'opinion de certains auteurs (MUNEL relève 74% d'avortement après myomectomie en cours de grossesses) le risque d'avortement après myomectomie n'est pas considérable, justifiant l'indication

l'indication chirurgicale lorsque celle-ci est dument posée. Il fut de 15% 1 cas sur 8 dans notre service.

2 - Pendant le travail

Seuls les myomes praevia obligeront à intervenir et à faire une césarienne mais cette indication demeure exceptionnelle.

3 - Dans les suites de couches :

Nous ne relevons dans notre service aucun cas de cet ordre. Nous en reverrons les problèmes chirurgicaux.

oOo

TROISIEME PARTIE

- METHODES -

- M E T H O D E S -

I - CHIRURGIE CONSERVATRICE : LA MYOMECTOMIE

Décrite par voie abdominale par MARTIN de Berlin en 1878, par AMUSSAT en France en 1898 sous la forme de la voie basse, elle fut longtemps supplantée par la chirurgie radicale, d'un organe considéré comme inutile si pathologique (GORDON). Le danger septique qui faisait courir une éventuelle ouverture de la cavité la faisait rejeter par de nombreux auteurs, malgré de brillants défenseurs tel DARTIGUES

Citée au Congrès de Chirurgie de 1924 où elle fut défendue par TISSIER, les statistiques montrèrent qu'on lui préfèrait en pratique la chirurgie radicale. Cette dernière trop mutilante allait faire délaisser la chirurgie au profit du traitement médical et il faut attendre ERINDEAU 1929 pour revoir la myomectomie remise à l'honneur. Elle a depuis 20 ans dans la personne de nombreux chirurgiens et spécialistes français (COTTE MATHIEU, MERGER, H.G. ROBERT) et étrangers (LOUNOS, RUBIN, BONNEY, DAVID) d'ardents défenseurs.

Elle peut être pratiquée par deux voies :

- voie haute abdominale la plus fréquemment utilisée
- voie basse, pour les polypes fibreux.

L'ouverture de la cavité, involontaire ou non est sans inconvénient à l'exception éventuelles synéchies (MUSSET).

Ses avantages sont évidents, respectant l'organe dans son rôle physiologique, n'enlevant que le myome, laissant ainsi à la femme non seulement la possibilité de maternité, mais aussi un fonctionnement physiologique intacte.

Ses inconvénients :

- 1 - Ses détracteurs lui reproche d'être plus hémorragique et par là même d'augmenter le risque thrombo-embolique post-opératoire. Une comparaisons entre les complications thrombo-emboliques montre qu'il n'en est rien, du moins dans notre statistique.

Phlébite	1,22%	4,7%
Embolie	0,50%	0,20%
	1 sur 173	1 sur 497

Ce résultat inversé peut être expliqué par 2 faits :

- a - le risque du au terrain (obésité, âge, varices) fut plus souvent rencontré chez les femmes relevant de la chirurgie radicale
- b - Un traitement anti-coagulant (que nous avons relevé chaque fois) fut présent, parfois systématiquement, ailleurs très facilement à la moindre des suspicion de phlébo-thrombose.

Nous pensons qu'en pratique, rejoignant ainsi l'opinion de ROBERT, BROWN, CHAMBERLAN, COTTE, DAVID...) le risque est tout au plus identique.

2 - Reprise du transit intestinal :

Les suites opératoires immédiates des myomectomies sont souvent plus fébriles. La reprise du transit moins grande, moins rapide qu'après hystérectomie (bien que ces données soient infirmées par l'étude comparative des courbes thermiques dans la série de MURMEL)

Un traitement antibiotique systématique, une péritonisation soigneuse quand elle est possible éviteront au maximum le risque occlusif.

Nous relevons sur 173 myomectomies :

Une occlusion vraie par agglutination et torsion d'anses sur cicatrice de la myomectomie ayant nécessité la réintervention au 4^e jour.

2 occlusions fonctionnelles ayant cédé aux antibiotiques, à aspiration (1 cas identique cité par JOURDAT) à l'encontre de l'hystérectomie nous ne relevons qu'une occlusion encore s'agissait-il d'une appendicite déclarée dans les suites opératoires au 5^e jour mais les occlusions existent aussi bien que nous n'en ayons point dans notre statistique.

3 - Le risque hémorragique :

Difficulté survenue au cours d'intervention, les hémorragies n'obligèrent jamais à une réintervention, en dépit d'un hématome collecté dans le Douglas et évacué par ccôlpotomie. Le suintement sanglant est peut être responsable de la fièvre post-opératoire et d'adhérences.

4 - Les récidives :

Elles sont de fréquence variable suivant les auteurs.

- Nous relevons 6,2% soit 12 cas chez les malades revues (sur 173)
6 fois une réintervention itérative mais à long terme fut nécessaire.

5 fois un traitement médical ou l'abstention suffit

- Pour COTTE 2,65%, DAVID 5 à 8%, BONNEY 4%
- aux alentours 10%, HUGUIER, IARDANO, FINN
- la majorité des auteurs donnent un chiffre de 10% à 20%
CHAMBERLAIN, FINN, COUNSELLEN

elles se voient surtout chez les femmes très jeunes, deviennent rares, voire inexistantes après 36 ans pour BONNEY.

- Véritable récurrence, ou développement d'un myome résiduel elles ne sauraient discréditer la myomectomie et être portée au bénéfice de la chirurgie radicale.

5 - Citons une fistule utéro-pariétale après 16 myomectomies.

La mortalité dans notre série fut nulle .

DAVIS sur 1150 opérations a eu 10 morts soit 0,86%

BONNEY 1,3% sur 87 cas

FIN MULLER 0%

COTTE 0,4%

la mortalité actuelle de l'hystérectomie (passe de 3 à 4% (1946 Mondor) est aussi de l'ordre de 0,1% dans les dernières statistiques américaines donc morbidité et mortalité sont identiques

II - CHIRURGIE RADICALE OU MAMMELAIRICE

Chirurgie élective du fibrome, enlevant tumeur et utérus elle met à l'abri de toute récurrence. Mais ce choix laisse libre cours à l'éternelle discussion:

- hystérectomie sub-totale ou totale ?
- conservation ovarienne ou castration ?

1 - Hystérectomie sub-totale :

a - possède deux avantages réels :

- facilité d'exécution
- moindre risque urétéral.

b - Classiquement maintient la statique utérine puisque le col représente la clef de voûte du système de sustentation.

c - Préserve la fonction sexuelle ; le col élément sensible à ne pas négliger chez la femme jeune.

Mais un certain nombre de ces arguments mérite critique et il existe des inconvénients :

1 - il apparaît que paradoxalement ce sont les hystérectomies sub-totales qui donnent le plus de prolapsus utérins . Le col comme l'a montré GRANJON faisant office de piston lors de la poussée abdominale.

Nous en relevons un cas dans les suites lointaines de notre série. Peut être la fixation du moignon cervical aux ligaments ronds en serait une utile prévention (P. FUNCK BRENIANO)

2 - L'importance du col comme zone sensible sexuelle est fort controversée - son rôle semble surestimé.

3 - L'inconvénient majeur demeure le développement d'un cancer sur le col restant, qui pour bien des auteurs est une raison suffisante pour abandonner l'hystérectomie sub-totale au profit de l'hystérectomie totale.

4 - On ne saurait la choisir qu'après avoir soigneusement vérifié l'état du col non seulement par l'examen au spéculum mais en s'aidant d'un test de schiller de colposcopie au besoin.

Le frottis de cyto-détection est systématiquement pratiqué actuellement dans le service avant toute intervention qu'il s'agisse d'ailleurs d'une hystérectomie sub-totale ou totale. Le cancer restant du col doit être une éventualité toujours présente et que l'on peut éviter par un examen soigneux. Nous en relevons 1 cas sur 337 hystérectomies sub-totales , développé 6 mois après l'intervention.

2 - Hystérectomie totale :

- sera systématique si le col est anormal,
- chez la femme dont l'âge ne justifie pas la conservation du col, elle n'est pas sans inconvénient.

Nous relevons :

- 3 fistules urétérales dont 2 nécessitèrent la réimplantation
- 3 incontinences d'urine définitives
 - 2 après hystérectomie totale abdominal
 - 1 après colpo-hystérectomie type Rouhier

3 - Quant au problème de la castration :

Nous nous rangeons à l'avis de la majorité des auteurs pour ce qui est de la nécessité de la conservation annexielle au maximum.

L'idéal est de conserver les deux côtés et le couple tubo-ovarien en raison des dysfonctionnements de l'ovaire soit par l'ablation de la trompe, soit par annexectomie unilatérale.

III - CHIRURGIE INTERMEDIAIRE

à hystérectomie sub-totale avec conservation ovaire et à la myomectomie citons :

- les hystérectomies supra isthmiques conservant un fragment de muqueuse
- les interventions type SORESI BROCC
- les myomectomies décrites par CHALIER

Leur mérite serait triple :

- respect de la vascularisation des ovaires
- conservation de la synergie ovaire-recepteur responsable des meilleurs fonctionnements Warien post-opératoire (HUCUING)
- persistance d'hémorragies · règles mineures de valeur discutable (DUCUING, FUNCK-BRENTANO)

QUATRIEME PARTIE

- CHOIX DES METHODES -

-CHOIX DES METHODES -

- Il découle de l'étude d'un certain nombre d'éléments :
 - 1 - âge et parité de la femme
 - 2 - nombre)
 - 3 - siège) du myome
 - 4 - volume)
 - 5 - complications
 - 6 - Lésions qui lui sont associées.
- Il demeure le résultat des possibilités per-opératoires.

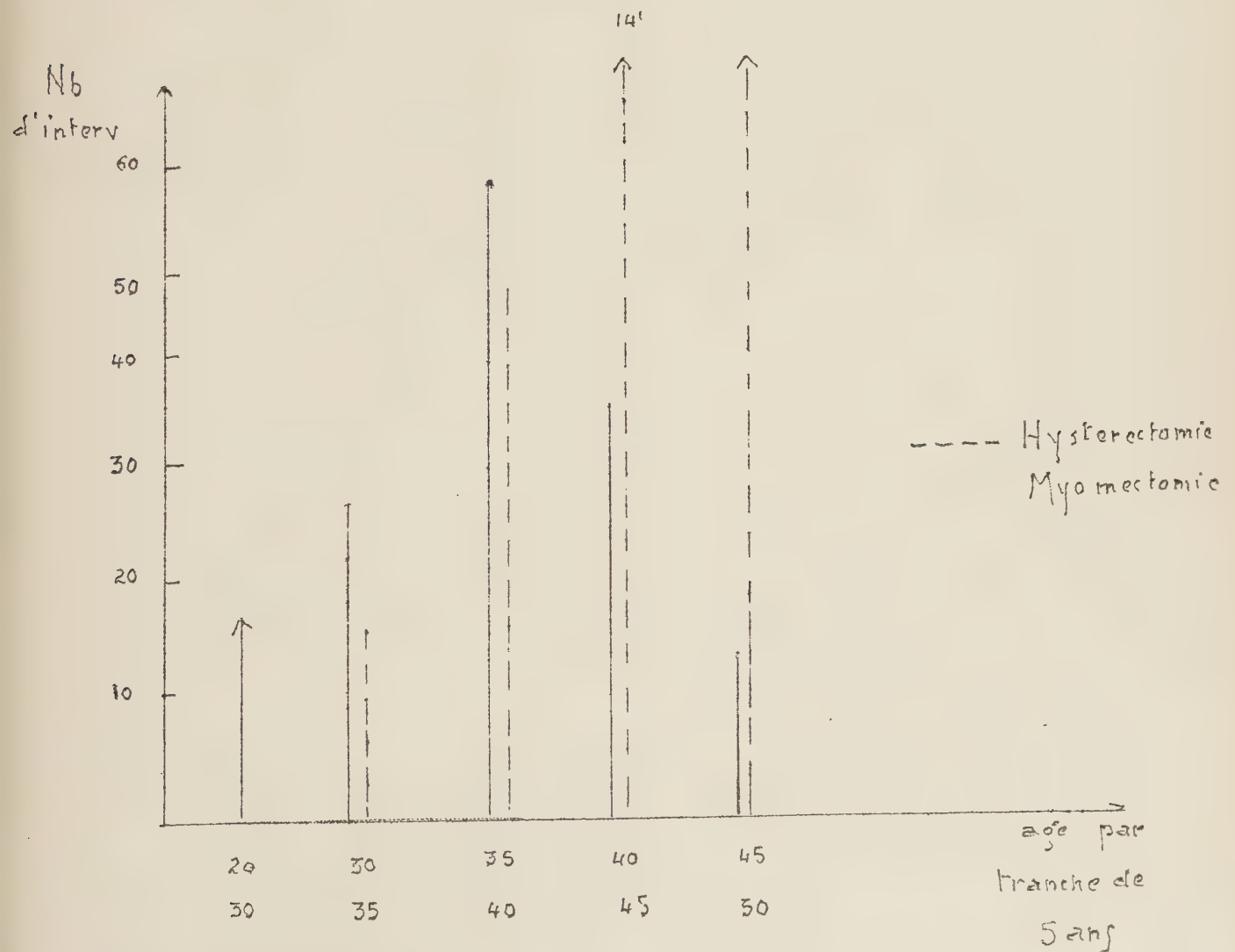
I - AGE ET PARITE

L'étude du tableau comparatif de l'âge des femmes ayant eu une myomectomie ou hystérectomie montre que :

- 1 - Jusqu'à 40 ans la myomectomie a été préférée à l'hystérectomie 106 fois sur 170 cas soit 62%.

(voir tableau page ci-après)

Age	20-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-60
Myomectomie	18	28	60	36	15	2
Hystérectomie	0	16	48	141	179	105



- entre 40 et 45 ans près d'une femme sur 4 a bénéficié d'une chirurgie conservatrice : myomectomie
- Passé 45 ans les indications en sont devenues très restreintes 17 sur 107 soit 3,5% au profit de l'hystérectomie
- L'âge d'élection de la myomectomie est donc compris entre 30 et 40 ans: 83 sur 173, soit 51% des cas de myomectomies.

2 - Comparaison avec les autres auteurs :

le chiffre que nous relevons est très proche de celui de MATHIEU 60% de la dernière statistique de MERGER : 75% , inférieur à celle de DAVID : 82%.

La limite d'âge de la myomectomie pour certains auteurs est de lui où tout espoir de maternité est abandonné :

40 ans pour LARDANO-BROWN-CHAMBERLAIN

42 ans pour MUNNEL

45 ans pour DAVIDS

45 ans et au-delà pour ROBERT qui écrit :

" la myomectomie respecte complètement la synergie, l'opérée a des règles normales, chez elle n'apparaissent aucun trouble de la menstruation aucune déficience sexuelle et cette considération est suffisante pour indiquer la myomectomie après 40 ans, même après 45 ans. Lorsque les chances de la procréation ne sont plus en jeu... n'est-il pas moins légitime de viser ainsi à maintenir un équilibre"

Nous partageons cette opinion mais nous pensons qu'une réserve à la notion précédente doit être faite. Certaines multipares, peu soucieuses d'une nouvelle maternité voire la redoutant, relèvent d'une chirurgie radicale en dépit de leur âge et des possibilités de myomectomie.

Ce facteur outre l'expérience de l'opérateur explique la différence entre statistiques privées et hospitalières.

MUNNEL relève 64% d'hystérectomie en service hospitalier contre 61% de myomectomie en clientèle privée.

La cinquantaine marque la limite de la myomectomie. Mais faut tenir compte de la ménopause.

" au moment même de la ménopause après elle l'âge redevient un élément de valeur "

"MERGER"

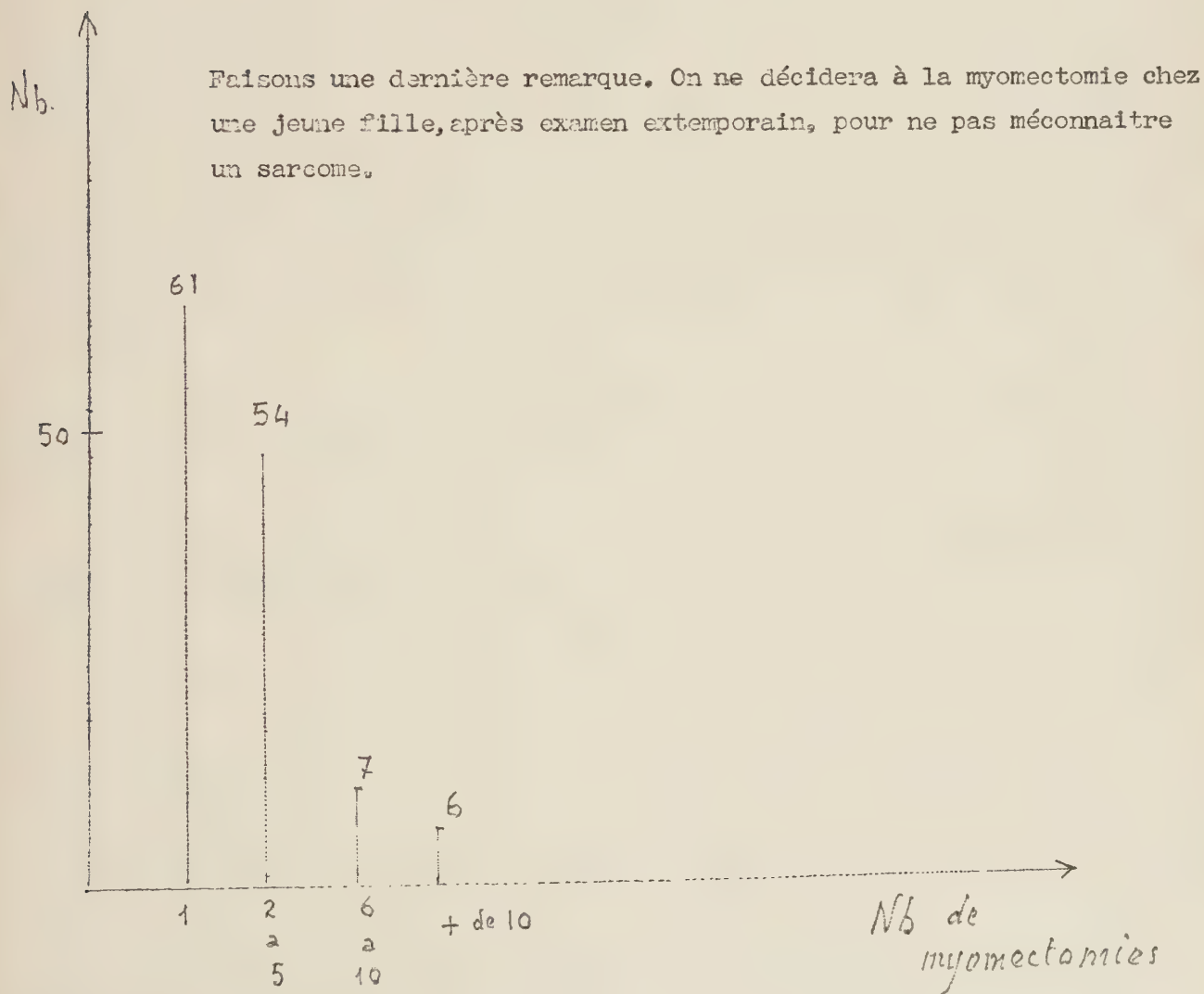


Tableau comparatif du nombre de myomectomie en fonction du nombre de fibromes.

II - NOMBRE (Tableau)

Le myome pédicule, sessile, unique relève de toute évidence, compte tenu des autres facteurs, de la myomectomie.

Mais le nombre ne nous semble pas avoir de l'influence sur la décision opératoire.

Par la seule incision, ou même par de multiples incisions, on peut arriver à enlever de nombreux noyaux, jusqu'à 35 dans notre série de 173 cas dont 5 chez une femme enceinte.

D'une manière générale il ne faut pas se laisser impressionner par l'aspect de cette "loque utérine" (MOCQUOT) et l'on est toujours surpris quelques mois après l'intervention par l'aspect quasi normal de l'utérus.

Telle est aussi l'opinion des auteurs français et étrangers: COTTE, POLLOSON, MATHIEU. DAVIDS cite 80 myomectomies sur un utérus du volume grossesse de 8 mois redevenu normal cliniquement et radiologiquement 1 mois après l'intervention.

BONNIER a pratiqué jusqu'à 225 myomectomies ce qui peut paraître excessif.

Ces poly- myomectomies ne sont guère justifiées que sur le désir absolu de maternité chez une femme jeune.

III - SITE

Les fibromes sous-séreux, sont facilement enlevés.

Les myomes interstitiels, entourés d'une pseudo-coque rendant aisé le plan de clivage n'offre guère de difficultés en l'absence d'infection

(mais celle-ci rendit 3 fois sur 176 toute myomectomie impossible et obligea à l'hystérectomie).

Le polype fibreux pose des problèmes particuliers, accessible soit par la voie vaginale lorsque le col est ouvert ou après section du col et décollement vésical, son extraction peut n'être possible qu'après morcellement, soit par voies abdominale après hystérotomie.

Il n'est en lui-même qu'une indication à intervenir et le choix dépend des éléments convexes.

Le siège isthmique sus ou intra-ligamentaire ne saurait empêché la myomectomie (12 fois) même si elle nécessite la ligature de l'artère utérine.

Au cours de polymyomectomie HG ROBERT fut amené un jour à pratiquer la ligature d'une artère utérine et d'une branche terminale de l'autre : ce qui n'empêcha pas la survenue d'une grossesse qui évolua normalement.

La myomectomie première en cas de myome isthmique est une excellente tactique opératoire, quand bien même on est décidé à la chirurgie radicale.

Les fibromes postérieurs très bas situés sont parfois difficile à atteindre mais une incision verticale en a généralement raison : 7 cas. Seule l'hypertrophie diffuse comme on la rencontre parfois (mais nous l'avons vu il ne s'agit pas de vrais myomes) est un obstacle et oblige à l'hystérectomie.

IV - VOLUME

MOCQUOT pensait que les myomes très volumineux ne relevaient pas de la myomectomie. Mais il n'en est rien aux yeux des auteurs actuels (POLLOSSON BREMDEAU, MERCIER, COTTE, DAVID).

La myomectomie n'est pas contre-indiquée pour les myomes géants comme en témoigne notre statistique. Il ne faut pas cependant se laisser aller en cas de myome unique très important à réséquer trop de myomètre, sain, si l'on veut éviter les difficultés de réparation de la brèche.

Abd. pelv.	18	75
Ombilic.	5	55

V - COMPLICATIONS

L'infection aigue du myome pour rarissime qu'elle soit contre-indique la myomectomie .

La nécrobiose aseptique peut en limiter les indications, mais nombre de fibromes lilas furent enlevés par myomectomie sans dommage.

VI - LESIONS ASSOCIEES

Elles demeurent bien entendu une contre-indication nette à la myomectomie si elles entraînent l'annexectomie bilatérale.

Des trompes très infectées font courir un risque septique important il faut préférer l'hystérectomie plus sûre.

Mais les dystrophies ovariennes que l'on rencontre fréquemment associées aux myomes peuvent être très aisément réséquées dans le même temps opératoire et ne contre indique nullement la chirurgie conservatrice.

6 dystrophies furent ainsi réséquées en cours de myomectomie soit près de 5% des cas.

VII - CAS PARTICULIERS

- Fibrome et rétroversion.

A la myomectomie est associé un cloisonnement du Douglas.

- 1 syndrome MASTER ALLEN fut suturé.
- 1 malformation utérine fut l'objet d'intervention plastique type Strassman.
- Endometriose cliniquement reconnue doit faire pratiquer une chirurgie radicale avec castration.
- Quant au prolapsus, associé au fibrome, problème étudié dans la thèse de BAREAT 1960, nous n'en dirons que peu de choses.

Si l'importance des 2 éléments est très marquée, un traitement dans un seul temps opératoire en fera la cure.

- soit par voie haute, associée à un temps postérieur (1 cas de myomectomie et myoraphie post)
- soit pour les fibromes peu volumineux et chez les femmes âgées une voie basse unique au besoin après morcellement du fibrome.
- La myomectomie en cours de césarienne nous semble une intervention toujours possible, l'hystérectomie ne vivant que d'exceptionnelles impossibilités techniques.

Certains cependant discutent de l'opportunité d'une myomectomie immédiate et leur préfère une intervention retardée.

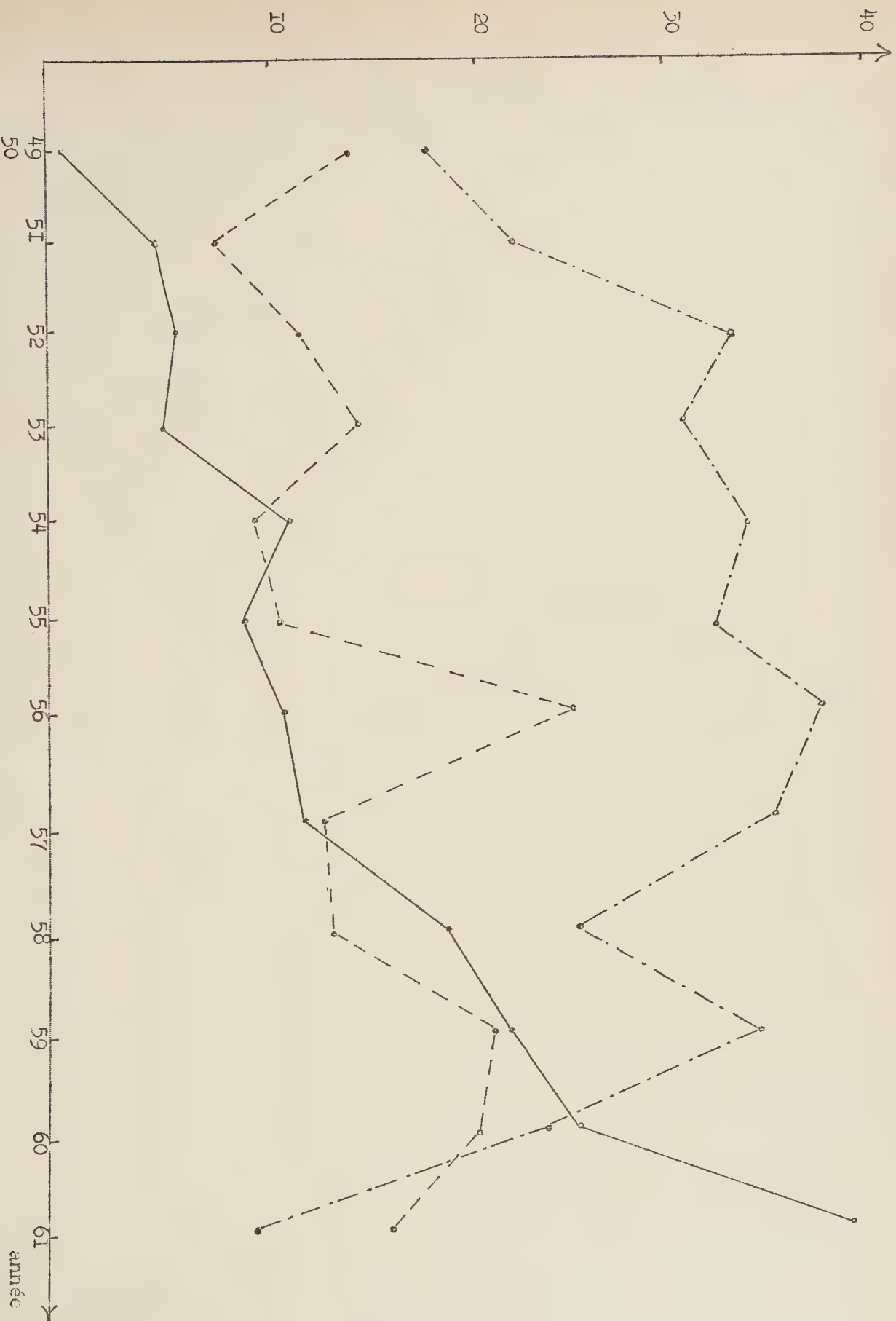
- Enfin durant les suites de couches les antibiotiques feraient peut être réviser partiellement l'opinion classique n'admettant qu'une chirurgie radicale.

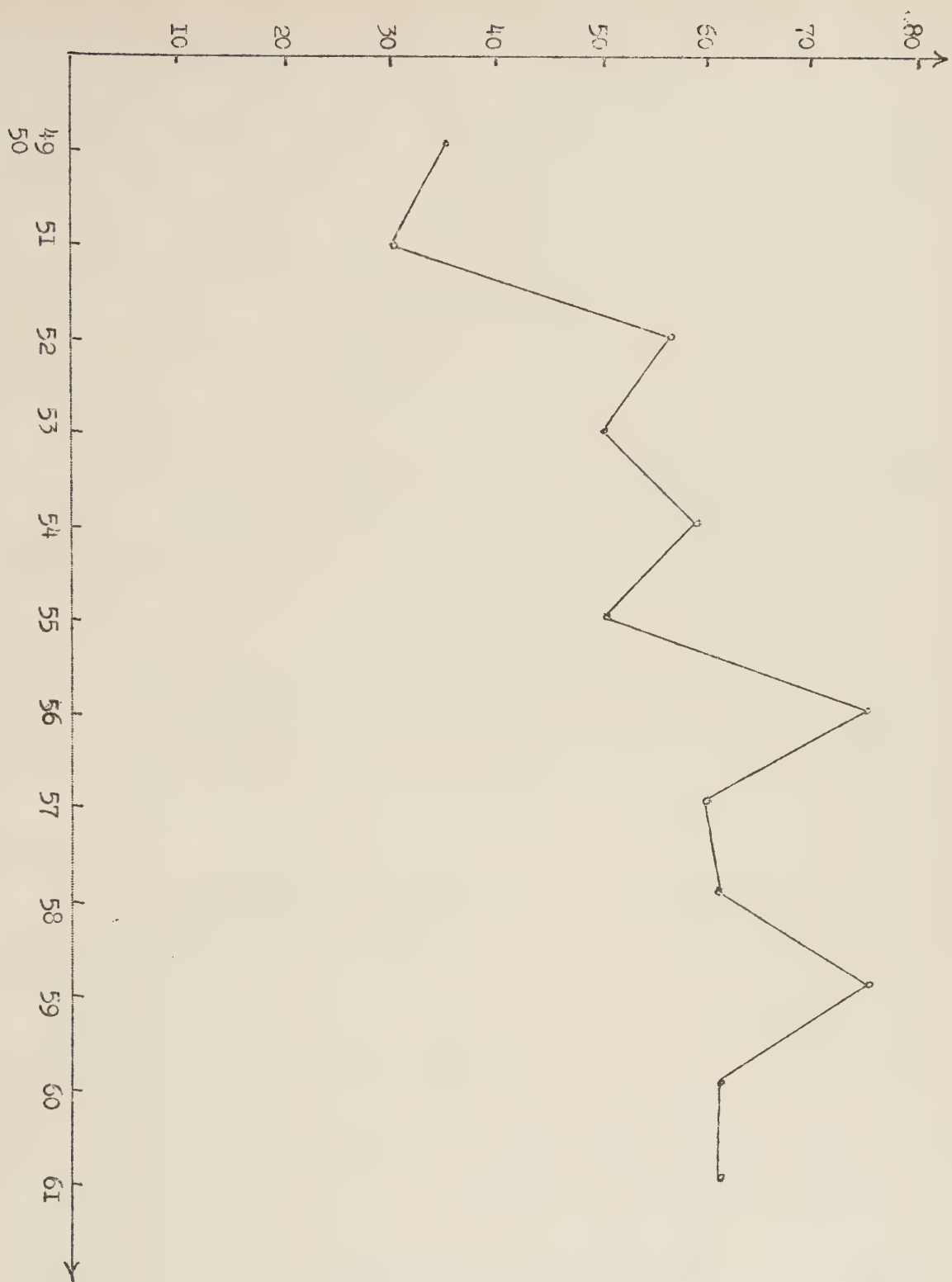
Au terme de l'étude de tous ces éléments déterminant à choisir la myomectomie , nous tenons à insister sur la nécessité de toujours s'adapter aux conditions anatomiques et de ne point conserver une ligne de conduite immuable.

Enfin, on devra se garder d'être trop optimiste sur le type d'intervention proposée et toujours prévenir la malade de la possibilité d'une chirurgie radicale.

Au total il fut pratiqué sur 670 cas , 173 myomectomies soit : près 26%.

(337 hystérectomies sub-totales :	- 205 avec conservation des annexes	"
(	- 119 avec ablation	"
497 (	- 65 avec conservation	"
(160 hystérectomies totales :	- 100 avec ablation	"





Nombre total d'interventions pour fibrome par an en fonction des années
(tributaire du recrutement qui augmente progressivement)

- C O N C L U S I O N S -

- 1 - Entre la myomectomie et l'hystérectomie, nous estimons qu'il n'y a pas de solution intermédiaire. Nous ne relevons aucune intervention type SONESI BROCC sur 670 cas.

- 2 - L'hystérectomie sub-totale occupe une place de plus en plus réduite au profit de la myomectomie et de l'hystérectomie totale qui représente notre tendance actuelle en fait chirurgie radicale.

- 3 - Nous sommes frappés de la dysproportion nette entre la faveur dont jouit la myomectomie et la relative rareté de son application pratique .
Nous voyons à ce fait plusieurs raisons :
 - a - Certains impératifs sociaux dont la multiparité restè le plus important.

 - b - Les limites imposées à l'opérateur par l'état anatomique des lésions.

 - c - L'âge des femmes relevant d'un traitement chirurgical : entre 40 et 50 ans dans 57% des cas.Mais nous ne saurions mieux terminer cette étude qu'en citant DARTIGUES qui dès 1901 écrivait :

" La nécessité des interventions conservatrices en fait de fibromes est une vérité si lumineusement simple qu'elle doit pénétrer tous les esprits".

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. R. MERCER

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

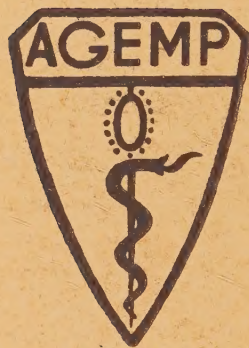
J. ROCHE

- BIBLIOGRAPHIE -

- BERTHOUD P. et CLERC J.P. - Traitement du fibromyome utérin en dehors de la grossesse - Gynaecologia, mai 1955, 129, 5, 265-302.
- BRINDEAU - Bull. Acad. Med. Mars 1946, 265-232 - Rev. Fr. Gyn. Obst. Avr. 1939, 34, n° 4, 193-205.
- BOWNEY - Journ. Obs. Gyn. of Br. Emp. 1937
- BOUDREAUX : fibrome in Enc Med. Ch.
- BROWN A.B., CHAMEERLAIN R. et Te LINDE R.W. - La myomectomie
Am. J. Obst. Gyn. , Av. 1956, 71, n° 4, 759-763, 8 tabl.
(bibliogr.)
- CHALIER A. - La chirurgie conservatrice des annexes dans les hystérectomies pour fibromes utérins. Lyon Chir. , mai-juin 1944, 39, n° 3 359-362.
- CHALIER A. - A propos de la myomectomie . Lyon Chir. Juil-Aout 1945, 40, n° 4, 483-485.
- COTTE G. et MATHIEU J. - Sur une nouvelle série de 163 interventions pour myomes utérins ; la place de la myomectomie.
Rev. Fr. Gyn. Obst. Oct. 1943, n° 10, 267-274
- COTTE G. - Quelle place donner aux myomectomies dans le traitement des myomes utérins ? (A propos d'une série de 157 cas). Mém. Acad. Chir. , 1943, 69, n° 20-21, 379-388
- COTTE G. - Les récidives après myomectomie. Lyon chir. , mars-avril 1945, 40, n° 2 196-200.
- DAVIDS A.M. - La myomectomie - Am. J. Obst. Gyn. mars 1952, 63, n° 3, 592 604, 4 fig. (Bibliogr.)
- DUCUING - Monographie - 1946 - Masson

- DUBOIS M.L. - Le traitement chirurgical des fibromes utérins avant 40 ans -
Lyon méd., 11 sept. 1960, n° 37, (Thèse Lyon, 1960, 46 p.)
458.
- FUNCK-BRENTANO P. - Le problème chirurgical des fibromes utérins
Gaz. Méd. Mai 1952, 59, n° 10, 625-628.
- FUNCK-BRENTANO - Etude critique du traitement des fibromes utérins par
l'hystérectomie. Rev. Chir. T.60, n° 46 avr. Juin 41
- FINN W.F. & MULLER P.F. - Myomectomie abdominale: on se réfère particulière-
ment aux grossesses ultérieures et à la réapparition de
fibromyomes de l'utérus.
Am. J. Obst. Gyn. Juil. 1950, 60, n° 1, 109-116, 1 fig.
(Bibliogr.)
- GIRAUD R. - A propos des indications thérapeutiques des fibromes utérins.
L'intérêt de la biopsie d'endomètre. Entretiens de Bichat
(Chirurgie et Spécialités), 1956, 311-314.
- GRAY - Journal Kentucky Med. Ass. 1959, 57, 9, 1052-1058.
- J. HUGUIER - J. CERBONNET - in "Chirurgie de l'utérus".
- KELLER R. - Quelles sont les indications de la myomectomie. Sem. Hôp.
Paris, Fév. 1943, 24, n° 15, 466-469.
- KRISHNA - The Journal of Obst. Gyn. of Brit. Emp. 60, LXVIII n° 4, 585-591
- LARDARO M.P. - Am. J. Obst. Gyn. 1960, 79, n° 1 43-51
- MATHIEU J. - Les possibilités de la chirurgie conservatrice dans le traite-
ment des myomes intra-cavitaires. Lyon Chir. av. 1952,
47, N° 3, 356-358.
- MATHIEU J. - La myomectomie dans le traitement des fibromes de l'isthme
utérin. Chirurgicale 1952, 47, n° 3.
- MERGER R. - La myomectomie en France dans le traitement des fibromes -
Son évolution historique - ses possibilités et ses limites
Les polomyomectomies. Sem. Hôp. Paris, 18 juil. 1950, 26,
N° 53, 2568-2574.
- MONDOR - Communications sur le traitement chirurgical des fibromes utérins.
Bull. Acad. Méd. Mars 1946, 130 n° 9, 10, 11, 154-155
- MUNIBELL E.W. et MARTIN Jr. F.W. - Myomectomie abdominale. Avantages et dé-
savantages. Am. J. Obst. Gyn. Juill. 1951, 62, n° 1, 109-120, 3
fig.
- RAEVA K.S. - L'importance de l'amputation de l'utérus dans le fibromyome utérin.
pour la prophylaxie de l'hypertension - Klinitcheskaja Med.
(Moscou), 1959, 37, N° 7, 118-120

- H.G. ROBERT - Traité de thérapeutique chirurgicale 1961 - Précis de gynécologie.
- ROSS - La chirurgie dans le fibrome utérin. Am. J. Obst. Gyn. Fév. 47 53/2
266-270.
- RUBIN I.C. - Progrès effectués en myomectomie - Am. J. Obst. Gyn., août 1942,
44, N° 2, 19
- SEGUY J. - Les fibrome qu'il ne faut pas opérer. Sem. Hôp. 12 juin 1960, 36,
n° 27
- SYRBU P., BUTNARU I. et PEUNESKU V. - Hystérectomie avec conservation
des annexes et d'un lambeau endométrial pour le traitement
des fibromes multiples de l'utérus. Akoucherstvo Guinek (Moscou),
1961, N° 1, 76-79, 7 fig. (bibliogr.)



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V^e

Téléphone : ODÉon 58-90